

Absceso renal con fístula a bazo

Renal abscess with a fistula to spleen

Manuel Alejandro Meza Jasso,* Stephanie Serrano Collazos,† Andrés Reyes Aranda§

Palabras clave:

absceso renal, fístula, pielonefritis, bazo.

Keywords:

kidney abscess, fistula, pyelonephritis, spleen.

RESUMEN

Los abscesos renales son una acumulación de pus en el parénquima renal, son raros y potencialmente mortales, relacionados a factores de riesgo y comorbilidades principalmente a litiasis renal, diabetes mellitus, alteraciones anatómicas urinarias, pielonefritis complicadas, entre otros factores; con aislamiento bacteriológico principalmente de *Escherichia coli*, además de otras bacterias como *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. Representan 0.2% de todos los abscesos intraabdominales y 10% de los abscesos renales se complican con ruptura espontánea, sepsis y choque como consecuencias más graves, tienen una incidencia de dos a cuatro casos por cada 10,000 personas al año, tienen una presentación clínica muy vaga y que generalmente la sospecha diagnóstica se retrasa, por lo que es común sean descubiertos cuando ya presentan un avance significativo de su patogenia, siendo necesario manejo más intensivo. Se presenta el caso de una paciente joven, sana y sin otros factores de riesgo como malformaciones o comorbilidades, que presentó un absceso renal secundario a pielonefritis complicándose inusualmente con fistulización hacia bazo.

ABSTRACT

Renal abscesses are an accumulation of pus in the renal parenchyma, they are rare and life-threatening, related to multiple risk factors and comorbidities, mainly kidney stones, diabetes mellitus, urinary anatomical alterations, complicated pyelonephritis, among other factors; with bacteriological isolation mainly of *Escherichia coli*, in addition to other bacteria such as *Staphylococcus aureus* and *Klebsiella pneumoniae*. The renal abscesses represent 0.2% of all intra-abdominal abscesses and 10% of them complicated with a spontaneous rupture, sepsis and shock as more serious and mortal consequences, it has an incidence of two to four cases per 10,000 people per year; they have a clinical presentation very vague and that diagnostic suspicion is generally delayed, so it is common for them to be discovered when they already present a significant advance in their pathogenesis, requiring more intensive management. We present the case of a younger person, healthy patient with no other risk factors such as malformations or comorbidities, who presented a renal abscess secondary to pyelonephritis, unusually complicated by fistulization to the spleen.

* Cirujano general. Médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

† Cirujano general.

§ Médico residente de segundo año de la Especialidad de Cirugía General.

Hospital General de Zona No. 3 San Juan del Río, Instituto Mexicano del Seguro Social. Querétaro, México.

Recibido: 30/07/2022
Aceptado: 08/06/2023



INTRODUCCIÓN

Los abscesos renales son patología infecciosa que se define como una acumulación de pus encapsulada y confinada en el parénquima renal. Son entidades raras debido a que no se reportan todos los casos, necesidad de exámenes complementarios para su identificación no disponible en todos los centros; son potencialmente mortales debido a su localización anatómica, retraso en el diagnóstico, instauración tardía del tratamiento, afección de la función renal (1-14%)^{1,2} que por lo común se relacionan a litiasis renal (48%),¹ diabetes (38%),^{1,2} altera-

ciones anatómicas del tracto urinario (13.3%)¹ secundarias a pielonefritis complicadas (14.3%),¹ entre otras causas, con aislamiento bacteriano como principal agente causal principalmente de *E. coli* (54%), *S. aureus* y *K. pneumoniae*.^{1,3} Tienen una incidencia baja por lo antes mencionado, muy raramente se presenta sin factores de riesgo y aunadas a otras patologías (1.1 casos por cada 10,000 personas sin factores de riesgo y 4.6 por cada 10,000 personas con diabetes).⁴⁻⁶ Hay prevalencias más altas en las poblaciones asiáticas, aunque en el resto del mundo la patología no ha sido tan estudiada ni reportada, también han sido relacionados a los hábitos

Citar como: Meza JMA, Serrano CS, Reyes AA. Absceso renal con fístula a bazo. Cir Gen. 2023; 45 (2): 106-110. <https://dx.doi.org/10.35366/111512>

alimenticios aunque no se ha demostrado una relación establecida.¹ Se presenta un caso clínico de particular progresión clínica así como una revisión de la literatura publicada respecto a los abscesos renales y sus complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 40 años previamente sana con antecedente de dos cesáreas previas en 2004 y 2007, negando otros antecedentes y morbilidades, un mes previo a su hospitalización fue transfundida por anemia desconociendo detalles, diagnóstico o si se realizaron estudios médicos. Presentó además pérdida de peso de 8 kg, dolor en hipocondrio izquierdo con irradiación a espalda tipo cólico que se agrava a la inspiración de tres meses de evolución, con presentación que fluctuaba con el paso del tiempo con mayor intensidad y que cedía de forma espontánea o con analgésicos automedicados como paracetamol e ibuprofeno, poco antes de su valoración médica refiere que se agregó disnea de medianos esfuerzos. Acude a clínica particular al presentar agudización del cuadro con presencia de dolor, pero con mayor intensidad de lo habitual, náusea sin vómito, anorexia, adinamia, sensación de alza



Figura 1: Tomografía simple abdominal corte coronal: se observa riñón izquierdo con lesión en polo superior que se comunica a bazo con líquido en su interior.

térmica sin medición de forma aguda; durante su valoración médica se realiza tomografía simple de tórax y abdomen donde se encuentra derrame pleural izquierdo de 20% y probable absceso renal izquierdo con extensión a bazo sin mayores datos médicos especificados por la paciente, no se cuenta con resumen médico.

Al ingresar a nuestro hospital se encontraba consciente, signos vitales con presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, oximetría periférica con saturaciones al aire ambiente de 90%, temperatura a su ingreso de 37.6 °C que durante su manejo en urgencias en promedio se encontraba en 38 °C. A la exploración física se encontró hipoventilación basal de pulmón izquierdo, dolor en hipocondrio izquierdo y epigastrio, sin irritación peritoneal ni resistencia muscular, con resto de exploración física sin alteraciones ni datos relevantes para el cuadro clínico. Con exámenes de laboratorio con hemoglobina de 10.5 mg/dl, hematocrito 29.4%, leucocitos 8,800/ μ l, neutrófilos 78%, linfocitos 14.8%, fibrinógeno 597 mg/dl, fosfatasa alcalina 119 IU/l, deshidrogenasa láctica 191 IU/l, lipasa 117 U/l y proteína C reactiva de 37.5 mg/l, creatinina 0.7 mg/dl. Examen general de orina color ámbar con pH 5, esterasa leucocitaria de 500 cel/ μ l, proteínas 25 mg/dl, 10-15 eritrocitos por campo, leucocitos 25-30/campo y abundantes bacterias. Se realizó nueva tomografía de abdomen contrastada encontrando derrame pleural izquierdo de 20%, riñón con presencia de quistes que se comunican con bazo, así como esplenomegalia con abscesos en su interior (Figura 1). Presenta deterioro clínico a las seis horas de su ingreso con disminución de presión arterial manteniendo presiones arteriales medias de entre 60-70, taquicardia con 110 a 120 latidos por minuto en rango promedio, diaforesis, persistencia y aumento del dolor abdominal, por lo que se decide ingresar al paciente a quirófano de forma urgente, realizándole laparotomía exploratoria. Se revisa espacio retroperitoneal izquierdo con maniobra de Cattell-Braasch, encontrando reacción inflamatoria intensa periesplénica, adherencias entre el bazo y diafragma izquierdo, hígado, riñón y espacio retroperitoneal; riñón izquierdo con pérdida de anatomía en polo superior con quis-



Figura 2: Piezas anatómicas extraídas en la cirugía. Se observan riñón izquierdo adherido a bazo.

tes abscedados y comunicados con bazo con presencia de absceso en su interior (Figuras 2 y 3). Se realiza esplenectomía y nefrectomía en bloque encontrando pus en el interior de ambas piezas enviándose a patología para su estudio, se colocó un drenaje tipo Penrose dirigido a lecho quirúrgico. En el examen histopatológico se encuentran ambos órganos adheridos con bordes irregulares, con zonas abscedadas, congestión y material fibrinopurulento. Concluyendo con: riñón izquierdo con pielonefritis aguda abscedada (abscesos piógenos renales y esplénicos), negativos a malignidad.

Paciente que continúa su evolución postquirúrgica durante 10 días en el hospital, manteniéndose con buen estado en general, presentando signos vitales en rangos adecuados, afebril durante su estancia, se dio tratamiento con analgésico doble (paracetamol y tramadol), antibioticoterapia con imipenem durante su estancia, con drenaje Penrose que se mantuvo con gasto serohemático mínimo con disminución progresiva (de 80 ml el primer día posterior a cirugía y 30 ml el último día) retirándose al sexto día de la

operación. Presentó adecuada tolerancia a la dieta vía oral que fue evolucionando de forma progresiva, con control de creatinina y azoados en rangos normales (creatinina más alta 1.6 mg/dl y urea más alta 56 mg/dl) siendo valorada por nefrología con envío a su consulta posteriormente sin necesitar en su momento manejo por nefrología. Paciente que acude a cita de control en un mes posterior a su egreso refiriendo presencia mínima de dolor en herida y región quirúrgica, con heridas cicatrizadas y sin signos de infección, con tolerancia a la dieta normal vía oral, con evacuaciones y micciones presentes de características y frecuentes normales, asintomática, presentando exámenes generales de control todos en rangos normales (creatinina 1.1 mg/dl, urea 28 mg/dl), posterior a dicha consulta la paciente no acudió nuevamente.

DISCUSIÓN

Los abscesos renales son una patología infrecuente,^{1,2,7} debido a que es poco reportada dada su vaga presentación clínica, la poca

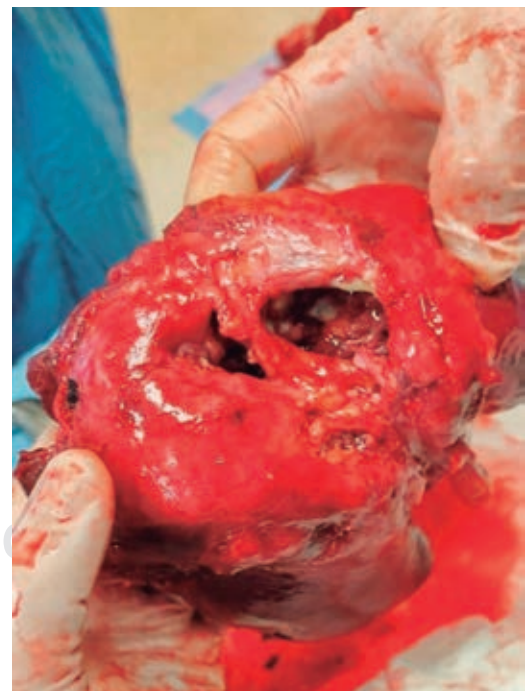


Figura 3: Piezas anatómicas extraídas en la cirugía. Se observa ambos órganos comunicados por absceso.

sospecha diagnóstica y necesidad de exámenes complementarios para su identificación. Presenta una incidencia que varía entre 2.24-4.6 casos por cada 10,000 personas al año.^{3,4} La formación del absceso ocurre generalmente en el contexto de una pielonefritis en la mayoría de los casos, suele presentarse con mayor frecuencia en pacientes que también presentan otros factores de riesgo como con reflujo vesiculoureteral y/o litiasis renal,^{5,6} además de patologías acompañantes y otras condiciones que contribuyen a su desarrollo como ya ha sido mencionado principalmente con comorbilidades como la diabetes y la suma de varios de ellos.⁷⁻⁹ Muy raramente se presenta sin factores de riesgo y anomalías anatómicas aunadas.^{1,7,10} Debe considerarse la posibilidad diagnóstica ante la presencia de un paciente con factores de riesgo o síntomas urinarios. Una vez que se instaure la sospecha clínica, debe completarse el abordaje diagnóstico con tomografía contrastada con el objetivo de evaluar la presencia del absceso, características, así como planear el drenaje o tratamiento quirúrgico del absceso, debe iniciarse de inmediato el tratamiento con antibioticoterapia, ya que su progresión representa alto riesgo de morbimortalidad, con aumento del riesgo de avance de infección con afección de la función renal, posibilidad de choque, etcétera.^{1,4,5} Se trata de una patología infrecuente como ya ha sido mencionado anteriormente, presentamos este caso ya que consideramos de interés y relevancia como aporte a la literatura médica y epidemiología actual por su peculiaridad, ya que la paciente no contaba con factores de riesgo para desarrollar un absceso renal, mucho menos complicaciones dada la particularidad en la que progresó. Existen en la literatura médica pocos reportes de casos que se hayan complicado de forma particular a otros órganos como a pulmón; sin embargo, no se encontraron otros reportes de abscesos que se hayan complicado con fistulización a bazo, por lo que se trata de un caso peculiar.

CONCLUSIONES

Los abscesos renales representan una patología infecciosa no muy frecuente, es por ello que debe tenerse conocimiento para tomarlos

en cuenta como diagnóstico diferencial ante casos similares o en el abordaje de un caso con infección urinaria de difícil control, presentación agresiva y estado clínico delicado; así como para ser referido de manera pronta si es necesario. Pueden presentar un alta tasa de morbimortalidad ante su aparición, pudiendo complicarse con afección de otros órganos y sistemas adyacentes como se describe en la literatura, deteriorando la calidad de vida de la persona afectada o pudiendo ocasionar hasta la muerte si no es tratada a tiempo ni de forma eficaz. Debe ser tratado multidisciplinariamente, por lo general es necesaria la hospitalización y evaluación por especialistas; asimismo, debemos concientizar sobre el uso racional sobre la resistencia bacteriana y el uso indiscriminado de antibióticos, ya que éste puede ser un factor de presentación en el futuro de más abscesos renales con mayor gravedad, tratamiento no médico poco eficaz y presentación agresiva que comprometa a un mayor número de casos. Siempre que sea necesario el tratamiento quirúrgico no debe retrasarse.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto por las facilidades prestadas para la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Liu XQ, Wang CC, Liu YB, Liu K. Renal and perinephric abscesses in West China Hospital: 10-year retrospective-descriptive study. *World J Nephrol.* 2016; 5: 108-114.
2. Yamamichi F, Shigemura K, Kitagawa K, Arakawa S, Tokimatsu I, Fujisawa M. Should we change the initial treatment of renal or retroperitoneal abscess in high risk patients? *Urol Int (Basel).* 2017; 98: 222-227.
3. Argüello RV, Dalton CK, Hernández VD, et al. Abscesos renales. *Acta Med.* 2020; 18: 216-217. doi: 10.35366/93904.
4. Carrillo-Córdova L, Sarabia-Estrada R, Jiménez-Villavicencio J, Vitar-Sandoval J, Rivera-Astorga H, Lemus-Mena G, et al. Relevancia del antecedente de absceso perirrenal en pacientes sometidos a nefrectomía simple retroperitoneal. *Urol Colomb.* 2018; 27: 282-286.
5. Fullá J, Storme O, Fica A, Varas MA, Flores J, Marchant F, et al. Renal and perinephric abscesses: a series of 44 cases. *Rev Chilena Infectol.* 2009; 26: 445-451.
6. Ko MC, Liu CC, Liu CK, Woung LC, Chen HF, Su HF, et al. Incidence of renal and perinephric abscess in diabetic patients: a population-based national study. *Epidemiol Infect.* 2011; 139: 229-235.

7. Tang RY, Cheong BM. Multiple bilateral renal abscesses in a previously healthy young patient. *Med J Malaysia*. 2017; 72: 250-251.
8. Lai SW, Lin HF, Lin CL, Liao KF. Splenectomy and risk of renal and perinephric abscesses: A population-based cohort study in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95: e4438.
9. Dubbs SB, Sommerkamp SK. Evaluation and management of urinary tract infection in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2019; 37: 707-723.
10. Rubilotta E, Balzarro M, Locola V, Sarti A, Porcaro AB, Artibani W. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: a literature review. *Urologia*. 2014; 81: 144-147.

Financiamiento: todos los recursos que se utilizaron fueron prestados por el instituto (IMSS) para la atención de la paciente, no se utilizaron otros recursos para su realización.

Conflicto de intereses: todos los autores de esta presentación de caso clínico declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses.

Consentimiento informado: se cuenta con autorización de la paciente para la presentación del caso.

Correspondencia:

Manuel Alejandro Meza Jasso

E-mail: manuelmezza90@gmail.com

www.medigraphic.org.mx